

SENIOR

Ubezpieczenie zbiorowe na życie SENIOR

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: SENIOR OWU BRP-0618

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września 2024 roku (zwane dalej OWU) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Ubezpieczenie skierowane do osób starszych, które ze względu na wiek nie mogą już zawrzeć innego ubezpieczenia lub ich ubezpieczenie wygaśnię. Ubezpieczenie o charakterze zbiorowym polegające na objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach wielu umów ubezpieczenia grupy osób, które wyrażą chęć ubezpieczenia na określonych, jednakowych dla wszystkich osób warunkach ubezpieczenia (Pakiet SENIOR). Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile zachowane zostaną warunki wskazane w § 6 OWU



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

- ✓ Zakres (ryzyka oferowane łącznie, wysokość świadczenia dla ryzyka zależna od rodzaju Pakietu SENIOR)

Ryzyka dotyczące Ubezpieczonego

- ✓ zgon (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej)
- ✓ zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ zgon w wyniku wypadku lądowego
- ✓ zgon w wyniku wypadku lotniczego
- ✓ zgon w wyniku wypadku wodnego
- ✓ zgon chorobowy
- ✓ powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek (świadczenie należne za każdy dzień pobytu trwający 4 lub więcej dni)
- ✓ pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie należne za każdy dzień pobytu trwający 4 lub więcej dni)

Ryzyka dotyczące Dziecka Ubezpieczonego

- ✓ zgon
- ✓ zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące Małżonka / Konkubenta Ubezpieczonego

- ✓ zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWU



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terenie całego świata



W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- ✗ działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 13 OWU

! Dla każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wynosi 90 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 21 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 3-6 OWU oraz w § 12 OWU



Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający / Ubezpieczony zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną składkę ubezpieczeniową
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego

Ubezpieczający / Ubezpieczony ma prawo:

- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia
- zawnioskować o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia
- wskazać Beneficjenta (osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej
- do ostatniego dnia miesiąca polisowego, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w kolejnym miesiącu polisowym - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych

Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SENIOR jest ustalana według następujących kryteriów: wysokości świadczenia z tytułu danego ryzyka, okresów karencji stosowanych w odniesieniu do określonych ryzyk

Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka

Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- z upływem 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres
- w dniu, w którym odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne
- w dniu, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- w dniu zgonu Ubezpieczonego



Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 15 ust. 4 OWU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 14 oraz w § 15 OWU



Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

- 1) prawo złożenia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej
- 2) reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów
- 3) Reklamacja może być złożona:
 - na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,
 - ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,
 - w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@viennialife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna



Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrywania?

- 1) prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji
- 2) do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi.



Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego, następującego po miesiącu polisowym, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW ZBIOROWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR
BRP-0618**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 3-6, §12, § 13, §15 ust. 8

SENIOR

OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR BRP-0618

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR o symbolu BRP-0618 (dalej: OWU) mają zastosowanie do umów zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR (dalej: umowa ubezpieczenia), zawieranych przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

DEFINICJE POJĘĆ § 1

Ilekoć w OWU użyto określenia:

- Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składki.
- Ubezpieczony** – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową i która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończyła 72 roku życia. W rozumieniu OWU Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
- Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
- Konkubent** – rozumie się przez to osobę niespokrewnioną z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej 2 lat i obie osoby są stanu wolnego; za Konkubenta nie uważa się byłego Małżonka Ubezpieczonego.
- Dziecko** – rozumie się przez to dziecko własne, przysposobione lub pasierba Ubezpieczonego.
- Pakiet SENIOR (Pakiet)** – rozumie się przez to określony standard warunków ubezpieczenia dla umów ubezpieczenia zawieranych w ramach danego Pakietu, określający dla wszystkich osób Ubezpieczonych w Pakiecie jednakowo: zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia, wysokość przysługujących świadczeń oraz wysokość składki ubezpieczeniowej; Pakiet SENIOR określany jest dla inicjatywnej grupy osób, które wyrażą wolę zawarcia umów ubezpieczenia na podstawie OWU na tożsamych warunkach ubezpieczenia.
- suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniędzy, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego lub osób, o których mowa w ust. 4-6 powyżej, w następstwie którego Ubezpieczony lub osoby, o których mowa w ust. 4-6 powyżej zmarły, lub które stanowi przyczynę powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. W rozumieniu OWU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty).
- wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakiegokolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakiegokolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakiegokolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- zgon chorobowy** – rozumie się przez to zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca.
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem; wystąpienie zawału serca winno być potwierdzone dokumentacją medyczną wskazującą również adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca a zgonem Ubezpieczonego, w szczególności wynikiem badania sekcyjnego.
- udar mózgu** – rozumiany jako nagły incydent mózgowo-naczyniowy powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, spowodowany wylewem, zawałem lub zatorem; wystąpienie udaru mózgu winno być potwierdzone dokumentacją medyczną wskazującą również adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy udarem mózgu a zgonem Ubezpieczonego, w szczególności wynikiem badania sekcyjnego.
- szpital** – działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki

zdrowotnej w rozumieniu odpowiednich przepisów, a w przypadku braku takich regulacji, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym.

- dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
- sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- cięża wysokiego ryzyka** – rozumie się przez to nagle lub dające się przewidzieć powikłania ciążowe stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. Rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przebiegu leczenia) o wystąpieniu następujących czynników wysokiego ryzyka:
 - łożysko przodujące lub nisko usadowione z objawami krwawienia,
 - poród przedwczesny – przed 36 tyg. ciąży,
 - niewydolność cięśniowo – szyjkowa wymagająca założenia szwu naszyjkowego lub pessaria,
 - niepowściągliwe wymioty ciężarnych – utrzymujące się powyżej 14 tyg. ciąży, przebiegające z odwodnieniem, zaburzeniami metabolicznymi i czynności wątroby,
 - gestoza EHP (tzw. stan przedzrzucawkowy),
 - rzucawka – z drgawkami toniczno-klonicznymi,
 - zespół HELLP,
 - krwawienie w drugiej połowie ciąży,
 - cięża wielopłodowa od 23 tygodnia ciąży,
 - współistniejące zaburzenia metaboliczne w postaci cukrzycy insulinozależnej.
- nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.
- Choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa, muszą być ustalone przez jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień ustalenia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.
- miesiąc polisowy** – rozumie się przez to okres rozpoczynający się w pierwszym dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanym na polisie (w przypadku pierwszego miesiąca polisowego) i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych (w przypadku kolejnych miesięcy polisowych), a kończący się w dniu poprzedzającym pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 poniżej.
- Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń, w wysokości odpowiadającej wysokości świadczenia określonej w umowie ubezpieczenia, zgodnie z warunkami Pakietu SENIOR, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, z tytułu:
 - zgonu Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej): 7.000 PLN - 12.000 PLN,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 7.000 PLN - 12.000 PLN,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2) powyżej): 7.000 PLN - 12.000 PLN,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2) powyżej): 7.000 PLN - 12.000 PLN,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2) powyżej): 7.000 PLN - 12.000 PLN,
 - zgonu chorobowego Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 2.000 PLN - 6.000 PLN,
 - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu: 50 PLN - 150 PLN,
 - pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni,

- jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem: 10 PLN - 40 PLN,
- 9) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem: 30 PLN - 60 PLN,
 - 10) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 3.500 PLN – 6.000 PLN,
 - 11) zgonu Dziecka Ubezpieczonego: 1.000 PLN – 2.000 PLN,
 - 12) zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 11) powyżej): 5.000 PLN – 8.000 PLN.
3. Dla każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu niespodowodanego nieszczęśliwym wypadkiem wynosi 90 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - 21 dni.
 4. W przypadku pobytu w szpitalu, który rozpoczyna się w danym 36-miesięcznym okresie ubezpieczenia (na który umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona) i trwa nieprzerwanie w kolejnym, okres tego pobytu jest zaliczany do wysokości niewykorzystanego maksymalnego limitu przypadającego na poprzedzający okres ubezpieczenia. W przypadku, gdy taki pobyt w szpitalu przekroczy limit przypadający na rok poprzedzający, w pozostałym zakresie okres tego pobytu jest zaliczany do limitu przypadającego na kolejny okres ubezpieczenia.
 5. Okres pobytu w szpitalu, który rozpoczyna się w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i trwa nieprzerwanie po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia, wlicza się do okresu pobytu w szpitalu będącego podstawą świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 powyżej.
 6. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, wypadku lądowego, wypadku lotniczego lub wypadku wodnego nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
 7. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach umowy ubezpieczenia, objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez Towarzystwo.
 8. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące przedpłatę na poczet świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej.
 9. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

PAKIET SENIOR § 3.

1. Warunki Pakietu SENIOR są określane za zgodą Towarzystwa, jeżeli wolę zawarcia umów ubezpieczenia na warunkach Pakietu SENIOR wyrazi grupa licząca co najmniej 3 Ubezpieczających – inicjatywna grupa Ubezpieczających.
2. Warunki Pakietu SENIOR określane są we wniosku o otwarcie Pakietu SENIOR, składanego na formularzu Towarzystwa.
3. Wniosek o otwarcie Pakietu SENIOR określa dla umów ubezpieczenia zawartych w ramach tego Pakietu:
 - 1) sumę ubezpieczenia,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość świadczeń,
 - 3) wysokość składki.
4. Do wniosku o otwarcie Pakietu SENIOR należy dołączyć:
 - 1) wnioski o zawarcie umów ubezpieczenia na warunkach określonych w Pakiecie SENIOR podpisane przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną,
 - 2) potwierdzenie opłacenia pierwszych składek przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną.

UMOWA UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu SENIOR, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Umowę ubezpieczenia na podstawie OWU może zawrzeć osoba, która nie jest objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach innej uprzednio zawartej umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR.
3. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach danego Pakietu SENIOR jest dokumentem potwierdzającym wolę zawarcia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na określonych warunkach (w tym określającym sumę ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia zgodne z danym Pakietem SENIOR), zawierającym podstawowe informacje o aktualnym stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wskazującym Beneficjentą.
4. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisany jest osobiście przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego i zawiera wzór podpisu Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, z którym mogą być porównywane podpisy składane w późniejszej korespondencji i dokumentacji.
5. Ubezpieczający/Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Beneficjenta i określić procentowy udział Beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych Beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że udziały są równe.
6. Ubezpieczający/Ubezpieczony ma prawo samodzielnie w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjentą, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.
7. Potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej oraz akceptacja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku w wyznaczonym terminie.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa § 5.

1. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie.

czas trwania umowy ubezpieczenia § 6.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy polisowych.
2. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile:
 - 1) Ubezpieczony w dniu następującym po upływie 36-miesięcznego okresu będzie spełniał warunek wieku określony w definicji Ubezpieczonego wskazanej w § 1 ust. 2 OWU, tj. nie ukończy 72 roku życia oraz
 - 2) w terminie nie później niż 90 dni przed upływem każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia.
3. W terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
4. Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków umowy ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
5. Nieprzedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny okres skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem bieżącego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia § 7.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. O odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
3. Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
6. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia § 8.

1. Umowę ubezpieczenia Ubezpieczający może wypowiedzieć na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1, jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym złożone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

SUMA UBEZPIECZENIA § 9.

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla inicjatywnej grupy Ubezpieczających przy określaniu warunków ubezpieczenia dla danego Pakietu SENIOR.
2. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich umów ubezpieczenia zawartych w ramach danego Pakietu SENIOR.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 10.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SENIOR jest ustalana według następujących kryteriów:
 - 1) wysokości świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 2) okresów karencji stosowanych w odniesieniu do określonych ryzyk.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
4. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
5. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie ubezpieczeniowej.
6. Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:
 - 1) do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia - w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - 2) do ostatniego dnia miesiąca polisowego, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w kolejnym miesiącu polisowym - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
7. Za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej przyjmuje się datę jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
8. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki, wyznaczając dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
9. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8 powyżej, uważa się to za wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 6 powyżej.
10. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

11. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania składki w dotychczasowej wysokości.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 11.

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 12 OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie, o którym mowa w §10 ust. 6 pkt 1) OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z upływem 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
 - 2) w dniu, w którym odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
 - 3) w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 9 OWU,
 - 4) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 12.

1. W okresie ograniczonej odpowiedzialności (okresie karencji), Towarzystwo wypłaca świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego,
 - 5) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 7) zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 powyżej, po upływie 3 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej,
 - 3) zgonu Dziecka Ubezpieczonego.
3. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, po upływie 6 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa, z tytułu umowy ubezpieczenia wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu chorobowego Ubezpieczonego,
 - 2) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Okresy karencji (ograniczeń odpowiedzialności), o których mowa w ustępach poprzedzających nie mają zastosowania w stosunku do ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty był dany Ubezpieczony przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Zniesienie ograniczeń odpowiedzialności na zasadach, o których mowa w ust. 4 powyżej, następuje pod warunkiem, że po objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z umowy ubezpieczenia, na którą powołał się w celu zniesienia ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 4 powyżej:
 - 1) uprawniony do otrzymania świadczenia zobowiązany jest do udokumentowania objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przed pierwszym dniem odpowiedzialności Towarzystwa oraz faktu jej wygaśnięcia (nie dotyczy sytuacji, gdy odpowiedzialność była uprzednio udzielana przez Towarzystwo),
 - 2) jeżeli wysokość świadczenia z tytułu ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą uprzednio objęty był Ubezpieczony jest niższa od przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, to w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 i 3 powyżej, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (karencja na różnicę świadczeń).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 13.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
 - 2) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego (bez względu na przyczynę) lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (bez względu na przyczynę) jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków, pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 2) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 4) uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,

- e) speleologii,
 - f) skoków do wody,
 - g) sportów ekstremalnych,
- 5) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 6) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - 7) chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, samookaleczenia,
 - 8) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 9) wystąpienia dyskpatii i/lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego jest wyłączona w przypadku, gdy:
 - 1) zdarzenie nastąpiło w wyniku działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) działania w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź w związku z nadużyciem leków.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych.
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (bez względu na przyczynę) jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 2) leczenia chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - 3) wystąpienia dyskpatii i/lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 4) wystąpienia padaczki i leczenia jej następstw,
 - 5) leczenia zaburzeń psychicznych i zachowania,
 - 6) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących następstwem tego faktu, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 7) pobytu obserwacyjnego, o ile nie był on spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 8) pobytu diagnostycznego,
 - 9) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - 10) leczenia następstw skażenia chemicznego niezwiązanego bezpośrednio ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową,
 - 11) ciąży, porodu lub usuwania ciąży (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami poporodowymi),
 - 12) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia lub wykonania zabiegu rekonstrukcji w wyniku leczenia onkologicznego),
 - 13) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 14) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, związanego z leczeniem następstw zdarzeń powstałych w wyniku działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 15) pobytu rehabilitacyjnego, prowadzenia jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - 16) pobytu w ramach prewencji rentowej,
 - 17) pobytu sanatoryjnego lub uzdrowskiego,
 - 18) leczenia następstw zdarzeń powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości,
 - 19) leczenia uzależnień oraz chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych,
 - 20) świadczeń zdrowotnych: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, opieki długoterminowej.
 6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej jest wyłączona w przypadku gdy:
 - 1) Choroba śmiertelna powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku odpowiedzialności,
 - 2) wystąpienie Choroby śmiertelnej jest wynikiem chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub zatrucia spowodowanego spożywaniem tych substancji lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 14.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2 poniżej, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Beneficjent.
3. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
4. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 15.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Zawiadomienie o zaiscieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej Towarzystwa lub inny uzgodniony z Towarzystwem sposób.

3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
 4. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta zgonu),
 - 3) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) dokumenty medyczne potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu (w tym dokumentacja z udzielenia pierwszej pomocy, z przebiegu leczenia oraz dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia),
 - 5) dokumenty medyczne wskazujące okoliczności zgonu chorobowego (np. protokół z sekcji zwłok),
 - 6) karta informacyjna leczenia szpitalnego.
 - 7) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępnie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, jednego lekarza specjalisty lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy.
 5. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, Ubezpieczającego, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.
 6. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalany jest po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia. Towarzystwo może, w uzasadnionych przypadkach, wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
 7. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia „Tabele oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu”. Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi załącznik nr 1 do OWU.
 8. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy procentem trwałego uszczerbku zaistniałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a procentem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
 9. Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
 10. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 11. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 10 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 13. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
 14. Świadczenia wypłacane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony sposób.
 15. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
 16. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 17. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia może skutkować brakiem odpowiedzialności Towarzystwa na warunkach przewidzianych w przepisach kodeksu cywilnego.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 5. Odpowiedzi na reklamację są udzielane w postaci papierowej lub:
 - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, uprawnionych z umowy ubezpieczenia oraz spadkobierców posiadających interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej będącego osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej – na trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy o prawach konsumenta.
 6. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
 7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo:
 - 1) złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację; niewykonania czynności wynikających z reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację,
 - 2) poddania sporu z Towarzystwem do rozpatrzenia w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rff.gov.pl>),
 - 3) wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby składającej reklamację, gdzie pozwany winna być Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa,
 - 4) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
 8. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 9. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wolą skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.
 10. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwia dochodzenie roszczeń, wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to kontakt@viennalife.pl.

DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE **§ 17.**

Towarzystwo nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE **§ 18.**

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
4. Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i z zgodą Towarzystwa do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 roku Nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 roku Nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków i darowizn.
10. Wszelkie oświadczenia woli związane z niniejszą umową ubezpieczenia wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.

REKLAMACJE I SKARGI **§ 16.**

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,
 - 3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,
 - 4) w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@viennalife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.

11. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
12. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa www.viennalife.pl.
13. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 r.
14. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działającą pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Konrad Kluska
Członek Zarządu

Rodzaj uszkodzeń ciała		Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy		
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych - wymagające szycia):		
a) uszkodzenia powłok czaszki bliżny do 5 cm dł.	1%	
b) uszkodzenia powłok czaszki bliżny powyżej 5 cm dł. - 10 cm dł.	2%	
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn - w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm dł.	5%	
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy	8%	
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni - powyżej 10 cm średnicy	10-20%	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)	1-7%	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy do 2,5 cm	2%	
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm	5%	
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm	8%	
d) o średnicy powyżej 10 cm	9-15%	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	1-10%	
5. Porażenia i niedowłady połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100%	
b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80%	
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60%	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35%	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
kończyna górna - wg skali Lovett'a	Prawa	Lewa
0°	40%	30%
1 - 2°	30-35%	20-25%
3 - 4°	5-20%	5-15%
kończyna dolna - wg skali Lovett'a		
0°	40%	
1 - 2°	30%	
3 - 4°	5-15%	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100%	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70%	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20%	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60%	
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40%	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10%	
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):		
a) padaczka z bardzo częstymi napadami - 3 napady w tygodniu i więcej	30-40%	
b) padaczka z napadami - powyżej 2 na miesiąc	20-30%	
c) padaczka z napadami - 2 i mniej na miesiąc	10-20%	
d) padaczka z napadami o różnej morfologii - bez utrat przytomności	1-10%	
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9 poniżej.		

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):			
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym - uniemożliwiające samodzielną egzystencję		60-100%	
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia		25-60%	
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym		10-25%	
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).			
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:			
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych - przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)		1%	
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość - objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)		5%	
11. Zaburzenia mowy:			
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agرافیą i aleksją		70%	
b) afazja całkowita motoryczna		35-50%	
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się		15-30%	
d) afazja nieznacznego stopnia		1-10%	
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):			
a) znacznie upośledzające czynność ustroju		15-40%	
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju		5-15%	
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:			
a) nerwu okoruchowego		2-10%	
b) nerwu błotkowego		2%	
c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia		2-5%	
14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:			
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia		1-9%	
b) całkowite		10%	
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:			
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia		1-9%	
b) całkowite		10%	
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49 poniżej.			
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów pokarmowych:			
a) jednostronne		5%	
b) obustronne		15%	
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:			
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia		1-9%	
b) całkowite		10%	
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:			
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia		1-9%	
b) całkowite		10%	
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian			1-9%
B. Uszkodzenia twarzy			
20. Uszkodzenia powłok twarzy - wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpeczenia):			
a) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm² powierzchni)		1%	
b) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm² powierzchni)		3%	
c) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm² powierzchni)		5%	
d) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji - przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.		10%	

e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania - niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stałego:	
a) siekacza lub kła - za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw rzekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8-10%
b) całkowita	30%
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i polykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%
C. Uszkodzenia narządu wzroku	
27.	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwałe uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:	
Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10) 0,9 (9/10) 0,8 (8/10) 0,7 (7/10) 0,6 (6/10) 0,5 (5/10) 0,4 (4/10) 0,3 (3/10) 0,2 (2/10) 0,1 (1/10) 0
1,0 (10/10)	0% 2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35%
0,9 (9/10)	2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40%
0,8 (8/10)	5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
0,7 (7/10)	7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50%
0,6 (6/10)	10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55%
0,5 (5/10)	12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60%
0,4 (4/10)	15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65%
0,3 (3/10)	20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70%
0,2 (2/10)	25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80%
0,1 (1/10)	30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90%
0	35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90% 100%
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8%
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	40%
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15%
b) obojga oczu	30%
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyńiówki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
b) zapalenie naczyńiówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z poz. 27a
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:	

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka	
60°	0%	0%	35%	
50°	5%	15%	45%	
40°	10%	25%	55%	
30°	15%	50%	70%	
20°	20%	80%	85%	
10°	25%	90%	95%	
poniżej 10°	35%	95%	100%	
33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe			20-50%	
b) dwunosowe			10-20%	
c) jednoimienne			20%	
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku			20%	
b) w obu oczach			35%	
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepodających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
a) w jednym oku			wg tabeli z poz. 27a	
b) w obu oczach				
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku			1-8%	
b) w obu oczach			5-12%	
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z poz. 27a	
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.				
38. Jaskra - ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z poz. 27a i 32	
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia:				
a) jednostronny			30%	
b) obustronny			60%	
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej			wg tabeli z poz. 27a	
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a) zmiany niewielkie			2%	
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27a	
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Powyżej 70 dB
Ucho lewe	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
Powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) rany małżowiny usznej - wymagające szycia			1%	
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)			2-5%	
c) utrata jednej małżowiny			15%	
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu				
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):				
a) jednostronne			1-5%	
b) obustronne			6-10%	
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):				
a) jednostronne			5-10%	
b) obustronne			11-20%	
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)			wg tabeli z poz. 42	
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				

a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40%
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50%
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30%
b) dwustronne	20-60%
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5%
b) znaczne upośledzenie połykania lub artykulacji	6-15%
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	5-20%
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia	15-40%
b) z bezgłosem	50%
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10%
b) z niewydolnością oddechową - potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11-50%
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5-20%
b) odżywianie tylko płynami	21-40%
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45%
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm ²) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego - oceniać według punktu 88 poniżej.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1%
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5%
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9%
b) całkowita	10-20%
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber - zniekształcenie znacznego stopnia	2-5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10%
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3-5%
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone - zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4%
b) z niewydolnością oddechową - w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30%
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	20-40%

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5%
b) z objawami niewydolności układu krążenia - I stopień wg NYHA	10%
c) z objawami niewydolności układu krążenia - II stopień wg NYHA	20%
d) z objawami niewydolności układu krążenia - III stopień wg NYHA	21-30%
e) z objawami niewydolności układu krążenia - IV stopień wg NYHA	31-60%
64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji - po leczeniu operacyjnym	4%
b) zaburzenia średniego stopnia	8%
c) zaburzenia dużego stopnia - z niewydolnością oddechową	15%
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu - nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia - w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia - odżywianie jedynie pozajelitowe	20%
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40%
b) jelita grubego	30%
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	3-10%
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie leczone operacyjnie - niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4%
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15%
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50%
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10%
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15%
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych - utrata pęcherzyka żółciowego	5%
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8%
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15%
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20%
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu - leczone operacyjnie)	5%
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15%
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20%
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30%

76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:		
a) bez zaburzeń funkcji - leczone operacyjnie	5%	
b) z zaburzeniami funkcji - potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%	
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:		
a) bez zaburzeń funkcji - leczone operacyjnie	5%	
b) z zaburzeniami funkcji - potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%	
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)		
	10-40%	
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) - potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:		
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10%	
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20%	
80. Utrata prącia		
	40%	
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji		
	3-15%	
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:		
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15%	
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10%	
83. Utrata obu jąder lub jajników:		
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30%	
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20%	
84. Wodniak pourazowy jądra:		
a) wyleczony operacyjnie	5%	
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10%	
85. Utrata macicy:		
a) w wieku do 45 lat	35%	
b) w wieku powyżej 45 lat	20%	
86. Uszkodzenie kroczka powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:		
a) pochwy	5%	
b) pochwy i macicy	15%	
I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi		
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:		
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3%	
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10%	
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15%	
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa		
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:		
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2%	
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15°)	3-5%	
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/ MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%	
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynnieniem (usztynnienia operacyjne)	11-20%	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:		
a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2%	
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5%	
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynnieniem (usztynnienia operacyjne)	6-10%	
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:		
a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2%	
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5%	
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%	
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynnieniem (usztynnienia operacyjne)	11-20%	
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:		

a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2%	
b) złamania mnogie wyrostków	3-5%	
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:		
	5%	
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100%	
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch łasek	50-70%	
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej łasce	20-40%	
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	80%	
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	40-60%	
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	10-20%	
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30%	
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5%	
K. Uszkodzenia miednicy		
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a) leczone zachowawczo	3-5%	
b) leczone operacyjnie	6-10%	
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obwódki biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5%	
b) w odcinku przednim obustronnie	8%	
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) bez przemieszczenia	10%	
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) z przemieszczeniem - leczone operacyjnie	15%	
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):		
a) I stopnia	4-6%	
b) II stopnia	7-10%	
c) III stopnia	11-15%	
d) IV stopnia	16-30%	
97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obwódki kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):		
a) jednomiejscowe	3%	
b) wielomiejscowe	5%	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).		
	Prawa	Lewa
98. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2%	1%
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramienno-łopatkowym	15%	12%
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości	3%	2%
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%	6%	4%
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	9%	7%
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
	10%	8%

101. Zwicnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:		
a) uszkodzenia I ^o z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2%	1%
b) deformacja, uszkodzenia II ^o z ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III ^o (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8%	6%
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	4%	3%
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
103. Uszkodzenia stawu barkowego - uszkodzenie mięśni rotatorów, zwicnięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2%	1%
b) zwicnięcia wymagające repozycji przez lekarza	3%	2%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	10%	8%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	20%	15%
104. Zastarzałe nieodprowadzone zwicnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	5-25%	5-20%
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji	20%	15%
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń ocenia się według norm neurologicznych.		
106. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	18%	15%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25%	20%
107. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	5%	5%
108. Utrata kończyny w barku	70%	65%
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75%	70%
110. Złamanie trzonu kości ramiennej - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15%	12%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5%	+5%
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm² powierzchni)	1%	
b) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm² powierzchni)	3%	
c) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm² powierzchni)	5%	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / bez ograniczenia ruchomości)	2-3%	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5%	
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójąłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.		
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%
ŁOKIEĆ		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego - złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2%	1%
b) zwicnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4%	3%

c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	8%	6%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15%	12%
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15%	12%
b) z barkiem ruchów obrotowych	17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25%	22%
115. Wiszący staw łokciowy - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5%	+5%
118. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2%	1%
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3%	2%
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6%	5%
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe, neurologiczne itp.)	8-16%	6-12%
119. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 117-118, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
120. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
NADGARSTEK		
121. Złamanie kości nadgarstka w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
a) wygojone bez przemieszczenia z deficytem ruchomości do 30% zakresu	3%	2%
b) wygojone z przemieszczeniem z deficytem ruchomości powyżej 30% zakresu	5%	4%
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55%	50%
123. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15%	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
	5%	
ŚRÓDRĘCZE		
125. Złamania kości śródręcza:		
a) I lub II kości śródręcza (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia	2%	
- z przemieszczeniem	3%	
b) III, IV i V kości śródręcza (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia	1%	
- z przemieszczeniem	2%	
126. Uszkodzenie tkanek miękkich śródręcza (rany wymagające szycia powyżej 3 cm, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)	1%	

b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
KCIUK	
127. Utraty w obrębie kciuka:	Prawa Lewa
a) utrata całkowita opuszki	2% 1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4% 3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8% 7%
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego - poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	12% 10%
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	17% 15%
128. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące:	
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2% 1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4% 3%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8% 7%
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10% 12%
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.	
PALEC WSKAZUJĄCY	
129. Utraty w obrębie palca wskazującego:	
a) utrata całkowita opuszki	2% 1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4% 3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6% 5%
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8% 7%
e) utrata trzech paliczków	12% 10%
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	20% 15%
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:	
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5% 1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3% 2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5% 4%
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8% 7%
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
131. Utrata całego paliczka lub części paliczka:	
a) utrata części paliczka	1%
b) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek	2%
c) palca piątego - za każdy paliczek	1,5%
132. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	+4%
133. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) powodujące:	
a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%	2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%	3%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	4%
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.	
M. Uszkodzenie kończyny dolnej	
STAW BIODROWY	
134. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej	60-70%
135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp. - oceniać wg punktu 140 poniżej	
136. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10-30%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-40%
137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przekrętarszowych i podkłętarzowych, złamań krętarzy itp.) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
138. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5%
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
UDO	
139. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15%
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10%
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40%
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.	
144. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70%
KOLANO	
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw - w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm, ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
d) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek - w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscektomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni >2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%

e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	
147. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm, ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10%
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15%
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2%
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa - zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3%
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) - leczone operacyjnie	5%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, ran wymagających szycia - pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy - w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1%
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3%
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10%
153. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo piętowego, nasad dalszych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3%
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5%
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10%
154. Zesztywnienie stawu skokowego - w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10%
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15%
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3%
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8%
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi - wymagającego zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12%

156. Utrata kości piętowej lub kostkowej - w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:		
a) częściowa - powyżej 30%	10%	
b) całkowita	20%	
157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5%	
158. Złamania kości śródstopia:		
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2%	
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		5%
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające - w zależności od stopnia upośledzenia czynności:		
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
161. Utrata stopy w całości		45%
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		35%
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka		25%
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta		10-15%
PALCE STOPY		
165. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3%	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia		8-15%
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części - ½ długości	1%	
b) w całości	2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia		3-10%
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec		3-5%
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - za każdy palec		0,5%
N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		Prawa Lewa
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20%	10-15%
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25%	10-20%
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5%	
n) nerwu zasłonowego	2-8%	
o) nerwu udowego	2-15%	

p) nerwów pośladowych (górnego i dolnego)	2-8%
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%
u) nerwu strzałkowego	2-10%
w) spłotu łądźwiowo-krzyżowego	10-40%
z) pozostałych nerwów odcinka łądźwiowo-krzyżowego	1-5%

Uwaga: Według pozycji 172 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).

173. Zawały mięśnia serca pełnościenne:

a) ściana przednia	10%
b) ściana dolna	10%
c) ściana boczna	10%
d) ściana tylna	10%
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15%
f) koniuszek serca	5%
g) zawał podwsięrdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%

174. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:

a) niedowład jednej kończyny	3,5%
b) paraliż jednej kończyny	5%
c) niedowład dwóch kończyn	8,5%
d) paraliż dwóch kończyn	12%
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16%
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczący twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie połowicze	5%
j) niedowidzenie obustronne	10%
k) nietrzymanie moczu	5%
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10%
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5%
m) wzgórzowy zespół bólowy	7,5%
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5%
o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5%
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5%
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5%
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5%
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisanie)	2,5%

Umowa Dodatkowa do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: OWDU SENIOR BRP-0122

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września 2024 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki. Zawarcie Umowy Dodatkowej może nastąpić w tym samym czasie co zawarcie Umowy Podstawowej lub w trakcie jej trwania.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 5. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej – umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR zawartej z Towarzystwem, z tym samym dniem co zawarcie Umowy Podstawowej. Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

zdarzenie ubezpieczeniowe (ryzyka, wysokość świadczenia dla ryzyka wskazana w polisie lub aneksie do polisy)

- ✓ operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt na OIOM Ubezpieczonego,
- ✓ rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ leczenie poszpitalne Ubezpieczonego,
- ✓ poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
- ✓ zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
- ✓ wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego.

Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki wskazanych w OWDU

Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU



W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- ✗ działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy
- ✗ masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej
- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa umyślnego
- ✗ pozostawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 10 OWDU

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2, § 9 oraz w § 10 OWDU



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terenie całego świata



Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z Umowy Podstawowej



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu Umowy Dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej



Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 12 OWDU



Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie Umowy Dodatkowej w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca polisowego, następującego po miesiącu polisowym, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR BRP-0122

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, §3, § 12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 9, § 10

SENIOR

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR BRP-0122

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR o symbolu BRP-0122 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwaną dalej Towarzystwem z tytułu Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej w ramach Pakietu SENIOR obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ § 1

- Ileokroć w OWDU użyto określenia:

- Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to zawartą z Towarzystwem umowę zbiorowego ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w Ogólnych warunkach zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR (dalej: OWU).
- Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane.
- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty).
- dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
- hospitalizacja** – udokumentowany, stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego.
- operacja chirurgiczna** – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Ubezpieczonym, przez uprawnionego do tego, według przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa (okresie ubezpieczenia) i miał na celu leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością hospitalizacji.
- całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie ubezpieczenia, sumuje się. Za brak zdolności do samodzielnej egzystencji uznaje się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.
- pobyt na OIOM** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień pobytu na OIOM uważa się za pełny.
- OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – wyodrębniony organizacyjny w strukturach szpitala oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie oraz stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych oraz w ramach którego możliwym jest podjęcie czynności zastępczych niewydolnych organów lub układów. W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:

- oddział intensywnej terapii,
 - oddział intensywnego nadzoru medycznego,
 - salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitala, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.
- rekonwalescencja** – pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Okres rekonwalescencji jest liczony od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Zwolnienie lekarskie powinno być wystawione nie później niż dnia następującego po ostatnim dniu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień rekonwalescencji uważa się za pełny.
 - świadczenie apteczne** – świadczenie jednorazowe wypłacane z tytułu leczenia poszpitalnego.
 - leczenie poszpitalne** – rozumie się przez to dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego w aptece niezbędnych leków.
 - wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy poważnego zachorowania.
 - poważne zachorowanie** – wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z zdefiniowanych i wskazanych w poniższej tabeli stanów chorobowych:

poważne zachorowanie	definicja poważnego zachorowania
a) niewydolność nerek	stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU, za niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy
b) operacja aorty	chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji aorty w przypadku: - gdy do operacji aorty doszło w związku z przebytym urazem, - jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty, - operacji odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny, - przeszkórnej implantacji stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej
c) przeszczep narządu	leczenie operacyjne, polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą, na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu: - narządu sztucznego, - fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa
d) udar mózgu	nagle wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi (krwotok wewnątrzczaszkowy lub podajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, zakrzepica żył lub zatok żylnych), związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwających dłużej niż 24 godziny. Udar można również rozpoznać, kiedy objawy trwają poniżej 24 godzin, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, a objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub pacjent zmarł w 1. dobie od początku objawów. Diagnoza udaru mózgu musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badaniem neuroobrazowym, potwierdzających świeże zmiany w tkance mózgowej albo udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcijnego. W rozumieniu OWDU, za udar mózgu nie uważa się:

		i. przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA), jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie w czasie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwiennego w badaniach neuroobrazowych, ii. przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND), iii. objawów mózgowych spowodowanych migreną, iv. zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, v. uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), vi. uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu), vii. udaru mózgu zdiagnozowanego jako przeżyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, viii. skutków choroby dekompresyjnej, ix. uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem
e)	operacja wszczepienia zastawki serca	wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. W rozumieniu OWDU za operację wszczepienia zastawki serca nie uważa się: i. operacji naprawczej, ii. rekonstrukcji zastawki, iii. plastyki zastawki, iv. walwulotomii, v. przeznaczeniowego lub przezkoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki
f)	operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)	operacja kardiologiczna, polegająca na wszczepieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. bypassów), omijających miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej. W rozumieniu OWDU, za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass) nie uważa się: i. zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ii. każdego innego, niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu, iii. każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca, iv. zabiegów z użyciem technik torakoskopowych
g)	zawał serca	martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU, zawał serca oznacza: i. wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej), ii) zmiany w EKG, wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG, iv) dowody w badaniach obrazowych, ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, v) wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas koronarografii lub badania sekcyjnego lub ii. zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w czasie do 48 godzin od zabiegu – wzrost stężenia cTn we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (bypass) u pacjentów z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Pacjenci ze zwiększonym stężeniem cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, muszą spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn przekraczającego 5-krotnie lub 10-krotnie górną granicę normy oraz wzrostu stężenia cTn o powyżej 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów: i) obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką), ii) pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenie cTn jest podwyższone i wzrasta, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych), iii) uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy, i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,

		iv) wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziejowej lub pomostu, zamknięcie/zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenie krążenia obocznego lub dystalna embolizacja, v) pośmiertne wykazanie skrzepliny, związanej z zabiegiem, spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką, jeżeli dotyczy stentu
	lub	iii. nagły zgon sercowy, który wystąpił u pacjentów z objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego w połączeniu z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwiennymi w elektrokardiogramie lub migotaniem komór, ale którzy zmarli, zanim można było pobrać krew w celu oznaczenia biomarkerów sercowych, bądź zanim mógł nastąpić wzrost stężenia biomarkerów, lub u których wykryto zawał serca w badaniu sekcyjnym. W rozumieniu OWDU, za zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przeżyty przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

- 15) **Ekspercka opinia medyczna (EOM)** – ocena dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z instytucji medycznej, wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym ww. opinię.
- 16) **instytucja medyczna** – wykwalifikowany podmiot leczniczy, udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby w państwie członkowskim Unii Europejskiej, z wyłączeniem Polski, bądź innym państwie zapewniającym odpowiednią jakość świadczeń opieki zdrowotnej, zasadniczo odpowiadającą jakości zapewnianej w Unii Europejskiej, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.
- 17) **dolegliwość zdrowotna** – choroba (rozumiana jako stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt) lub uraz (rozumiany jako uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba lub czynnik chorobotwórczy doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli), których pierwsza diagnoza postawiona przez lekarza w Polsce lub wystąpienie pierwszych objawów udokumentowanych badaniami lekarskimi miały miejsce w okresie ubezpieczenia dodatkowego, wyłącznie z zakresu:
- a) onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
 - b) kardiologii i kardiologii – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyniowe,
 - c) neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z Urazu,
 - d) ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, Choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.
- 18) **lekarz w Polsce** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Polski zdiagnozował dolegliwość zdrowotną.
- 19) **asysta prawna** – pomoc administracyjno-prawna w procedurze uzyskania zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):
- a) na pokrycie kosztów lekarstw w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,
 - b) na leczenie planowane poza granicami kraju/zwrot kosztów leczenia za granicą, o ile użycie powyższych procedur zostało uzasadnione w Ekspertyzie opinii medycznej.
- 20) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³.
- 21) **Tabela operacji chirurgicznych** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt. 6) operację chirurgiczną, zawierającą katalog operacji chirurgicznych w podziale na 5 Grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej:
- 1) operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) pobyt na OIOM Ubezpieczonego,
 - 4) rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) leczenie szpitalne Ubezpieczonego,
 - 6) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 7) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
 - 8) wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego.

2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie na podstawie Tabeli Operacji chirurgicznych oraz według następujących zasad:
 - a) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy A – od **400 PLN** do **3 000 PLN**,
 - b) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy B - 75% świadczenia określonego w ppkt a)
 - c) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy C - 50% świadczenia określonego w ppkt a)
 - d) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy D - 25% świadczenia określonego w ppkt a)
 - e) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy E – 12,5% świadczenia określonego w ppkt a)
 - 2) z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku: od **1 000 PLN** do **10 000 PLN**,
 - 3) z tytułu pobytu na OIOM Ubezpieczonego, świadczenie jednorazowe w wysokości: od **100 PLN** do **700 PLN**, jeżeli:
 - a) pobyt na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni,
 - b) pobyt na OIOM z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni,
 - 4) z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie za każdy dzień rekonwalescencji w wysokości: od **10 PLN** do **100 PLN**, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
 - 5) z tytułu leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne w wysokości: od **100 PLN** do **500 PLN**, na zakup niezbędnych leków, płatne w przypadku, gdy:
 - a) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni,
 - b) pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
 - 6) z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego: od **800 PLN** do **5 000 PLN**,
 - 7) z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego: od **800 PLN** do **10 000 PLN**
 - 8) z tytułu wystąpienia dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego: wydanie Ekspertki opinii medycznej zgodnie z postanowieniami § 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzenia operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ograniczona jest do łącznej wysokości odpowiadającej wartości świadczenia określonego dla Grupy A operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w każdym w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy ww. 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej, niezależnie od ilości operacji chirurgicznych mających miejsce w danym 12-miesięcznym okresie odpowiedzialności.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych ograniczona jest do jednorazowej wypłaty świadczenia z tytułu tej operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego ponownie tej samej operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu, chyba że operacja jest wynikiem innego nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku drugiej lub kolejnej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z operacją chirurgiczną, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło świadczenie.
6. W przypadku dwóch lub więcej operacji chirurgicznych w następstwie nieszczęśliwego wypadku mających miejsce w czasie jednej hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe świadczenie.
7. W przypadku kilkukrotnego pobytu na OIOM Ubezpieczonego w ramach danego, trwającego nieprzerwanie pobytu w szpitalu, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty świadczenia:
 - 1) z tytułu danej rekonwalescencji za nie więcej niż 30 dni danej rekonwalescencji,
 - 2) za nie więcej niż 90 dni rekonwalescencji w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy 12-miesięczny okres liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu leczenia poszpitalnego jest ograniczona do:
 - 1) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego z tytułu danego pobytu w szpitalu,
 - 2) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej.
10. W przypadku leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego lub rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce na oddziale dziennym lub był pobytem dziennym.
11. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty świadczenia. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
12. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego świadczenie nie zostanie wypłacone, chyba że poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło świadczenie.
13. W przypadku zawału serca i operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych poważnych

zachorowań. Wystąpienie któregośkolwiek z tych poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

14. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ - EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA § 3.

1. Z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 9 i § 10, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia dolegliwości zdrowotnej, Towarzystwo spełni świadczenie, wydając i przekazując Ubezpieczonemu EOM, obejmującą:
 - 1) weryfikację diagnozy postawionej przez lekarza w Polsce (jeśli była postawiona),
 - 2) weryfikację planu leczenia zaleconego przez lekarza w Polsce (jeśli był zalecony),
 - 3) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej dolegliwości zdrowotnej,
 - 4) propozycję optymalnego planu leczenia,
 - 5) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
 - 6) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
 - 7) w przypadkach uzasadnionych EOM – asysta prawna.
2. Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM dla Ubezpieczonego w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy ww. 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej.
4. Stopień kompletności Ekspertki opinii medycznej zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.

UMOWA DODATKOWA

warunki zawarcia Umowy Dodatkowej § 4.

Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej, jeżeli Umowa Podstawowa zawarta została na warunkach Pakietu SENIOR obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej § 5.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Umowa Dodatkowa może być zawarta wyłącznie z dniem zawarcia Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie Umowy Dodatkowej wraz z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej § 6.

Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej wskazany w polisie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 7.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w Umowie Dodatkowej jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Wysokości składek dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 8.

1. Z zastrzeżeniem § 9 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki z tytułu Umowy Dodatkowej łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Podstawowej w terminie, określonym w OWU dla zapłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej.

KARENCCJA § 9.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) pobytu na OIOM Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą z tytułu:

- 1) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub w przypadku pobytu na OIOM Ubezpieczonego lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu skutkującego leczeniem poszpitalnym, gdy zdarzenia te nastąpiły z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy,
- 2) dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego - 2 miesiące.
3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia, w zakresie której był EOM, do okresu karencji wskazanego w ust. 2 pkt. 2), zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie tego ryzyka z tytułu innej niż zawarta z Towarzystwem umowa ubezpieczenia, o której mowa powyżej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 10

1. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt na OIOM Ubezpieczonego, rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie Ubezpieczonego, zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego**, nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, aktami terroryzmu lub czynnym udziałem osoby, której dotyczy zdarzenie w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy
 - 2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
 - 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez osobę, której dotyczy zdarzenie umyślnego przestępstwa,
 - 4) samobójstwem popełnionym przez osobę, której dotyczy zdarzenie w okresie dwóch lat od dnia początku okresu ubezpieczenia,
 - 5) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, przez osobę której dotyczy zdarzenie:
 - a) bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy pojazd mechaniczny lub inny pojazd nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) chorobą lub zatruciem się przez osobę, której dotyczy zdarzenie spowodowanymi spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub środków odurzających,
 - 8) samookaleceniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleceniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 9) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy dana osoba podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
 - 10) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału danej osoby w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
 - 11) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
 - 12) wystąpieniem dyskpatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 13) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
 - 14) pozostawianiem przez osobę, której dotyczy zdarzenie pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że pozostawienie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
 - a) osoba, której dotyczy zdarzenie odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
 - b) nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę,
 chyba, że pozostawienie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, leczenie poszpitalne Ubezpieczonego** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli operacja chirurgiczna została wykonana lub pobyt w szpitalu, po którego zakończeniu rozpoczęła się rekonwalescencja lub powstała konieczność zakupu leków w aptece, w przypadku leczenia poszpitalnego miał miejsce w:
 - a) szpitalu psychiatrycznym,
 - b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą

- lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
 - c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej,
 - d) hospicjum,
 - e) domu opieki,
 - f) ośrodka wypoczynkowego,
 - g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
3. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **pobyt na OIOM Ubezpieczonego, leczenie poszpitalne Ubezpieczonego** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
 - a) nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - b) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi, w przypadku gdy ich przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek,
 - c) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - d) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - f) leczeniem następstw skażenia jonizującego,
 - g) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
 - poród miał przebieg patologiczny, lub
 - nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
 - h) wystąpieniem dyskpatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - i) zabiegami chirurgii kosmetycznej, chyba że zabiegi te były przeprowadzane celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie ubezpieczenia,
 - j) pobytem obserwacyjnym, chyba, że pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **pobyt na OIOM Ubezpieczonego, leczenie poszpitalne Ubezpieczonego, rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
 - a) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności, w przypadku gdy przyczyną pobytu w szpitalu było leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - b) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - c) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
5. Dodatkowo Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie zdarzenia:
 - 1) **operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli operacja chirurgiczna miała miejsce w następstwie lub w związku z:
 - a) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - b) leczeniem lub operacją chirurgiczną, które nie są medyczną koniecznością,
 - 2) **zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego**, jeżeli zdarzenie miało miejsce w następstwie lub w związku z wystąpieniem chorób infekcyjnych lub zawodowych,
 - 3) **leczenie poszpitalne Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek**, jeżeli celem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego było wykonanie badań diagnostycznych.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 11.

Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 12.

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 – ust. 6 w zakresie dotyczącym świadczenia EOM, w przypadku świadczenia wynikającego z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia OWU, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Towarzystwo spełnia świadczenie wydania Ekspertyzy opinii medycznej na zasadach wskazanych w OWU i w terminie 14 dni od dnia wypełnienia i wysłania internetowego formularza zgłoszenia roszczenia, o którym mowa w ust. 5, pod warunkiem spełnienia wymogów opisanych w ust. 3 – ust. 5.
3. W celu zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem pod numerem telefonu: 22 460 22 22.
4. Podczas rozmowy telefonicznej, pracownik Towarzystwa:
 - 1) potwierdzi tożsamość Ubezpieczonego,
 - 2) zarejestruje zgłoszenie roszczenia,
 - 3) wskaże Ubezpieczonemu adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia.
5. Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim. Koszt tłumaczenia dostarczonych przez Ubezpieczonego dokumentów na język, którym posługuje się lekarz z instytucji medycznej, pokrywa Towarzystwo):
 - 1) rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,
 - 2) informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,
 - 3) krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.

6. Ekspertka opinia medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, w języku polskim, na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.
7. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć
- 1) kopię dokumentu tożsamości lub poprawnie wypełniony formularz wypisu z dokumentu tożsamości znajdujący się na stronie internetowej Towarzystwa,
 - 2) w przypadku, gdy OWU lub OWDU uzależnia wypłatę lub wysokość świadczenia od informacji określonych umowie ubezpieczenia w ramach, której Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie z Towarzystwem umowy ubezpieczenia w zakresie Umowy Podstawowej oraz Umowy Dodatkowej – dokument potwierdzający wysokości świadczeń z poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej, zakres ochrony, a także dokument potwierdzający zakończenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tej umowy o ile dokumenty te nie zostały doręczone do Towarzystwa przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku:
 - a) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub w postępowaniu sądowym, o ile tego typu postępowania były prowadzone,
 - b) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, o ile został wydany,
 - c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej,
 - d) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.
8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu: operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu na OIOM Ubezpieczonego, rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).
9. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć:
- 1) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 2) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało wydane,
 - 3) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był leczony.
10. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 i ust. 8 należy dołączyć kopię zwolnienia lekarskiego.
11. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć:
- 1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka/Konkubenta,
 - 2) kartę zgonu Małżonka/Konkubenta, z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.
12. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć następujące dokumenty potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania:

	poważne zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania
a)	niewydolność nerek	dowody przewlekłego dializowania lub przebiecia operacji transplantacji nerek
b)	operacja aorty	dowód przebiecia operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
c)	przeszczep narządu	dowód przebiecia operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
d)	udar mózgu	dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano udar mózgu jako przyczynę zgonu
e)	operacja wszczepienia zastawki serca	dowód przebiecia operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
f)	operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)	dokumentacja medyczna potwierdzająca przebiecie operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
g)	zawał serca	dokumentacja medyczna zawierająca opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium

13. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

14. Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.
15. Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
16. Towarzystwo może zwrócić się także o tłumaczenia przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na terytorium innego państwa niż Rzeczpospolita Polska i dokumenty sporządzone zostały w języku innym niż język polski.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 13.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 1 października 2024 r.
2. Niniejsze OWDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działająca pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do Umów Podstawowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym, w przypadku których nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe przewidziane w Umowie Dodatkowej.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu

Grupa A		
Lp.	Nazwa procedury	Grupa
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
12	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
13	Operacja naprawcza przełyku	A
14	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
15	Otwarcie czaszki	A
16	Rekonstrukcja krtani	A
17	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
18	Rekonstrukcja opony twardej	A
19	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
20	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
21	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
22	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
23	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
24	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A
25	Wszczepienie protezy kończyny	A
26	Wycięcie gardła	A
27	Wycięcie esicy	A
28	Wycięcie głowy trzustki	A
29	Wycięcie jelita czczego	A
30	Wycięcie jelita krętego	A
31	Wycięcie krtani	A
32	Wycięcie odbytnicy	A
33	Wycięcie osierdzia	A
34	Wycięcie płuca	A
35	Wycięcie przełyku i żołądka	A
36	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
37	Zespolenie omijające przełyku	A
Grupa B		
Lp.	Nazwa procedury	Grupa
38	Amputacja prawca	B
39	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	B
40	Całkowite wycięcie nerki	B
41	Całkowite wycięcie sutka	B
42	Częściowe wycięcie żołądka	B
43	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
44	Katarakta – usunięcie obustronne	B
45	Lewostronna hemikolektomia	B
46	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
47	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
48	Plastyka tchawicy	B
49	Protezowanie głowy kości udowej	B
50	Resekcja poprzecznic	B
51	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
52	Wycięcie dwunastnicy	B
53	Wycięcie odbytu	B
54	Wycięcie oplotnej metodą otwartą	B
Grupa C		
Lp.	Nazwa procedury	Grupa
55	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
56	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
57	Amputacja nosa	C

58	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów	C
59	Częściowe usunięcie oskrzela	C
60	Częściowe wycięcie nerki	C
61	Częściowe wycięcie przełyku	C
62	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
63	Częściowe wycięcie wątroby	C
64	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
65	Gastrostomia	C
66	Jejunostomia	C
67	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
68	Nacięcie nerki	C
69	Obustronne wycięcie jąder	C
70	Operacja ciała szklatego	C
71	Operacja dotycząca krezki jelita	C
72	Operacja dotycząca sieci	C
73	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
74	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
75	Operacja naprawcza gardła	C
76	Operacja naprawcza tętnicy	C
77	Operacja naprawcza moczowodu	C
78	Operacja naprawcza odbytu	C
79	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C
80	Operacja naprawcza powrózka nasienne	C
81	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
82	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
83	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
84	Operacyjna plastyka oczodołu	C
85	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
86	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
87	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
88	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
89	Protezowanie głowy kości ramiennej	C
90	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
91	Przeszczep mięśnia	C
92	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	C
93	Przeznaczyniowa operacja aorty	C
94	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu metodą otwartą	C
95	Reimplantacja innego narządu	C
96	Reimplantacja kończyny dolnej	C
97	Reimplantacja kończyny górnej	C
98	Reimplantacja moczowodu	C
99	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
100	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
101	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
102	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
103	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
104	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy	C
105	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
106	Rewizja zespolenia przełyku	C
107	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie	C
108	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
109	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
110	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
111	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
112	Wentrykulostomia	C
113	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	C
114	Wycięcie cewki moczowej	C
115	Wycięcie gałki ocznej	C
116	Wycięcie tętnicy	C
117	Wycięcie języka	C
118	Wycięcie macicy	C
119	Wycięcie moczowodu	C
120	Wycięcie nadnercza	C
121	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	C

122	Wycięcie żuchwy	C
123	Wylonienie jelita ślepego	C
124	Wytworzenie ileostomii	C
125	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
126	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
127	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
128	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
129	Zespolenie omijające jelita czczego	C
130	Zespolenie omijające jelita krętego	C
131	Zespolenie omijające okrężnicy	C
132	Zespolenie omijające przełyk	C
133	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C

Grupa D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
134	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stawu skokowego	D
135	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka D	D
136	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
137	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
138	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
139	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
140	Drenaż osierdzia	D
141	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
142	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
143	Jednostronne wycięcie jądra	D
144	Kątowe okolostawowe rozdzielenie kości	D
145	Korekcja deformacji wargi	D
146	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
147	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
148	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
149	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	D
150	Nacięcie osierdzia	D
151	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
152	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
153	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
154	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
155	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
156	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnoego	D
157	Wycięcie kaletki maziowej	D
158	Operacja naprawcza najądrza	D
159	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
160	Operacja naprawcza czaszki	D
161	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
162	Operacja naprawcza rogówki	D
163	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
164	Operacja opłucnej przy użyciu endoskopu	D
165	Operacja wodniaka jądra	D
166	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
167	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
168	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
169	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
170	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
171	Plastyka nosa	D
172	Plastyka rogówki	D
173	Plastyka ucha zewnętrznego	D
174	Powiększenie pęcherza	D
175	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
176	Protezowanie gałki ocznej	D
177	Protezowanie jądra	D
178	Protezowanie stawu innej kości	D
179	Protezowanie ścięgna	D
180	Przełożenie ścięgna	D
181	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
182	Przeszczep płata słuzówki	D
183	Przeszczep powięzi	D
184	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
185	Rekonstrukcja powieki	D
186	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
187	Rewizja ileostomii	D
188	Rewizja protezy gałki ocznej	D
189	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D

190	Rozdzielenie trzonu kości	D
191	Siatkowy autoprzeszczep skóry	D
192	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
193	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
194	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
195	Usunięcie moszny	D
196	Uwolnienie przykurczu mięśnia metodą otwartą	D
197	Uwolnienie ścięgna metodą otwartą	D
198	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
199	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości ze stabilizacją	D
200	Wycięcie kości twarzy	D
201	Wycięcie nerwu obwodowego	D
202	Wycięcie pochewki ścięgna	D
203	Wycięcie powięzi brzucha	D
204	Wycięcie ścięgna	D
205	Wycięcie tęczówki	D
206	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
207	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
208	Zmiana długości ścięgna	D
209	Zniszczenie nerwu obwodowego	D

Grupa E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
210	Amputacja palucha	E
211	Częściowe wycięcie wargi	E
212	Drenaż kości	E
213	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
214	Drenaż przez okolicę krocza	E
215	Drenaż ucha środkowego	E
216	Korekcja deformacji powieki	E
217	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
218	Nacięcie języka	E
219	Nacięcie powieki	E
220	Nacięcie spojówki	E
221	Nacięcie sutka	E
222	Nacięcie torebki soczewki oka	E
223	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	E
224	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
225	Operacja kanału łzowego	E
226	Operacja naprawcza pochwy	E
227	Operacja naprawcza spojówki	E
228	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
229	Operacja nosa zewnętrznego	E
230	Operacja przegrody nosa	E
231	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnoego	E
232	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
233	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
234	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
235	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa	E
236	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
237	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	E
238	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
239	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
240	Protezowanie prącia	E
241	Przecięcie osierdzia	E
242	Rozdzielenie kości stopy	E
243	Rozdzielenie żuchwy	E
244	Stabilizacja żuchwy	E
245	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
246	Terapeutyczna endoskopia stawu/atroskopia operacyjna	E
247	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
248	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
249	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	E
250	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
251	Uwolnienie przykurczu stawu metodą otwartą	E
252	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
253	Wyciąg szkieletowy kości	E
254	Wycięcie mięśnia	E
255	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
256	Usunięcie zespolenia po otwartym nastawieniu złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	E

PAKIET USŁUG ASSISTANCE

REGULAMIN uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

1. Organizatorem Programu „Pakiet Usług Assistance” jest Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie adres: Aleje Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000043309, NIP 527-20-52-806, kapitał zakładowy 311 843 763 zł, opłacony w całości (dalej: Towarzystwo).
2. Uczestnikami Programu „Pakiet Usług Assistance” mogą być wyłącznie osoby ubezpieczone w ramach umowy:
 - 1) grupowego ubezpieczenia na życie SUPER GWARANCJA (zgodnie z treścią OWDU SUPER GWARANCJA)
 - 2) ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (zgodnie z treścią OWU SUPER GRUPA)
 - 3) ubezpieczenia na życie SENIOR.
3. Warunkiem uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest wyrażenie przez Ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 2, pisemnej zgody na uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” poprzez złożenie stosownego oświadczenia w deklaracji zgody / wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance”:
 - 1) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 1) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Gwarancja, którego treść stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
 - 2) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 2) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Grupa, którego treść stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
 - 3) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 3) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Senior, którego treść stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
5. Prawo do korzystania z usług Programu „Pakiet Medyczny” posiadają również Małżonkowie Uczestników, o których mowa w pkt 2.
6. Uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest bezpłatne.
7. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance” mają prawo korzystać z usług assistance od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło prawidłowe, za dany miesiąc rozliczenie umowy ubezpieczenia uprawniające do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance”, zgodnie z postanowieniami pkt 2.
8. Prawo Uczestnika do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” wygasa w dniu ustania warunku uprawniającego go do uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, o którym mowa w pkt 2 niniejszego Regulaminu.
9. Program „Pakiet Usług Assistance” obowiązuje od dnia 1 października 2024 roku do dnia jego odwołania przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z zastrzeżeniem, iż szczegółowe warunki świadczenia usług względem Uczestników Programu „Pakiet Usług Assistance” określają warunki danego pakietu usług obowiązujące w dniu, w którym względem poszczególnych Uczestników rozpoczyna się ich uprawnienie do korzystania z usług assistance zgodnie z postanowieniami pkt 7.
10. Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w treści niniejszego Regulaminu.
11. O dokonanych, w treści niniejszego Regulaminu, zmianach wpływających na warunki Programu „Pakiet Usług Assistance”, bądź zakończeniu Programu „Pakiet Usług Assistance” Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie Ubezpieczonych:
 - a) bezpośrednio lub
 - b) za pośrednictwem Ubezpieczającego w przypadku umów, w których Ubezpieczony nie jest jednocześnie Ubezpieczającym.
12. Dokonanie przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group powyższych zmian bądź odwołanie Programu „Pakiet Usług Assistance” nie wymaga zgody jego Uczestników.
13. W przypadku zmian treści niniejszego Regulaminu lub odwołania Programu „Pakiet Usług Assistance” Ubezpieczonym przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia.
14. Aktualnie obowiązująca treść Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” oraz załączników nr 1, 2, 3 do tego Regulaminu dostępna jest również na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem www.viennalife.pl.

§1. DEFINICJE

1. **Akt terroryzmu** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne albo grupowe, skierowane przeciwko osobom bądź obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
2. **Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu.
3. **Centrum Alarmowe** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe, czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, przyjmujące zgłoszenia i organizujące świadczenia Assistance.
4. **Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, trwająca zwykle miesiącami lub latami, na którą chorował Ubezpieczony w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
5. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
6. **Członek rodziny** – Współmałżonek, Dzieci, Rodzice Ubezpieczonego.
7. **Działania wojenne** – zorganizowane działania z zastosowaniem sił lądowych, morskich lub powietrznych, będące wynikiem konfliktu zbrojnego między państwami, narodami lub grupami społecznymi.
8. **Dziecko** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego.
9. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny.
10. **Katastrofy naturalne** – trzęsienia ziemi, nagle zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
11. **Lekarz Centrum Alarmowego** – lekarz konsultant Centrum Alarmowego.
12. **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ani Lekarzem Centrum Alarmowego.
13. **Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego, jako miejsce stałego zamieszkania.
14. **Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
15. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie losowe wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
16. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony, rozpoczynający się w stosunku do danego Ubezpieczonego w dniu wskazanym przez Ubezpieczającego w zgłoszeniu do Umowy ubezpieczenia tj. pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym rozpoczęła się względem niego ochrona z tytułu Umowy podstawowej i trwający do dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego wystąpienia danego Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia.
17. **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
18. **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie w zgłoszeniu zdarzenia przez Ubezpieczonego lub opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela.
19. **Sporty ekstremalne** – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: abseiling, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, canoeing górski, downhill, MTB, ekstremalne maratony biegowe, football amerykański, free skiing (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami), gimnastyka sportowa i akrobatyczna, heli-skiing, heli-snowboarding, kajakerstwo górskie, kite-snowboarding, kite-skiing, kite-surfing, motocross, nurkowanie z autodemem oddechowym, polo, rafting, rajdy terenowe, rekonstrukcje historyczne, rugby, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki spadochronowe, jazda skutermem wodnym, speleologia, szymbownictwo, triathlon, wyprawy w góry powyżej 5500 m. n.p.m.
20. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie; Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i walki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kolnierze, rowery rehabilitacyjne, walki, półwalki, klipy, kostki do rehabilitacji, dyski korekcyjne (w tym sensomotoryczne), ciężarki do rehabilitacji, maty rehabilitacyjne, lekkie gipsy, poduszki ortopedyczne (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaski żebrowe, pasy stabilizujące mostek, pasy przepuklinowe.
21. **Szpital** – podmiot leczniczy działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
22. **Transport medyczny** – transport zapewniany przez Centrum Alarmowe, dostosowany do stanu zdrowia Ubezpieczonego; za Transport medyczny nie uważa się przejazdów do poradni rehabilitacyjnej.
23. **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia zawartej w ramach Programu „Pakiet Usług Assistance” organizowanego przez Ubezpieczającego.
24. **Ubezpieczający** – Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
25. **Ubezpieczyciel** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 6691, posiadająca nadany numer NIP: 526 02 14 686, zwana dalej również COMPENSA.
26. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych.
27. **Umowa podstawowa** – zawarta z Ubezpieczającym umowa ubezpieczenia na życie Senior.
28. **Współmałżonek** – osoba, która z Ubezpieczonym pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku partnerskim w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
29. **Wyczynowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu.
30. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia Pomocy medycznej: Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania skutkującego Hospitalizacją;
 - 2) w zakresie ubezpieczenia Pomocy w razie Nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem Ubezpieczonego (Funeral assistance): Nieszczęśliwy wypadek skutkujący zgonem Ubezpieczonego; które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

§2. OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZyciELA

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną z tytułu Umowy podstawowej.
2. Podstawą przystąpienia osoby zainteresowanej do Umowy ubezpieczenia jest wyrażenie zgody na objęcie ubezpieczeniem we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1. w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia oraz przekazać Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego całej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony ma prawo wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
6. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
 - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 4;

- 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 6;
 - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy podstawowej.
9. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§3. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

§4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOCY MEDYCZNEJ (MEDICAL ASSISTANCE)

1. Przedmiotem ubezpieczenia są usługi assistance, o których mowa w ust. 3 pkt 1-9, świadczone na rzecz Ubezpieczonego w razie zajścia w Okresie ochrony ubezpieczeniowej objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nagłego zachorowania skutkującego Hospitalizacją lub Nieszczęśliwego wypadku oraz zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do usług informacyjnych, o których mowa w ust. 3 pkt 10-11.
2. Poniższa tabela przedstawia zakres ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności, które stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego	ZAKRES	LIMITY	Uprawniony do świadczenia
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	do 500 PLN i nie więcej niż 2 wizyty w ciągu 12 kolejnych miesięcy Okresu ochrony ubezpieczeniowej	Ubezpieczony
	Transport medyczny do Placówki medycznej	do 2 000 PLN łącznie	
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami		
	Transport medyczny z Placówki medycznej		
	Dostarczenie leków	do 250 PLN	
	Dostarczenie posiłków	do 250 PLN	
	Pomoc pielęgniarki	do 5 dni i do 500 PLN łącznie	
	Pomoc domowa	do 5 dni i do 500 PLN łącznie	
	Pomoc psychologa	do 500 PLN	
	Proces rehabilitacyjny	do 1 500 PLN	
Na życzenie	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	do 700 PLN	Ubezpieczony
	Infolinia medyczna	nielimitowany dostęp	
	Infolinia PFRON	nielimitowany dostęp	

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Wizyta lekarska – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza pierwszego kontaktu w Placówce medycznej lub organizuje przejazd lekarza pierwszego kontaktu do Miejsca zamieszkania oraz pokrywa koszty honorarium lekarza, o ile w opinii lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest wymagany transport sanitarny i wezwanie pogotowia ratunkowego;
- 2) Transportsy medyczne:
 - a) Transport medyczny do Placówki medycznej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego do Placówki medycznej, jeżeli zgodnie z informacją przekazaną przez Ubezpieczonego, zgłoszone zdarzenie, w ocenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, nie uzasadnia skorzystania z transportu sanitarnego i wezwania pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego;
 - b) Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego między Placówkami medycznymi, jeżeli Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej; Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego, o ile zgodnie z decyzją Lekarza prowadzącego nie jest wymagany transport sanitarny;
 - c) Transport medyczny z Placówki medycznej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, o ile zgodnie z decyzją Lekarza prowadzącego nie jest wymagany transport sanitarny;
- 3) Dostarczenie leków – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia do Miejsca zamieszkania leków zaordynowanych Ubezpieczonemu przez Lekarza prowadzącego, jeżeli, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga leżenia;
- 4) Dostarczenie posiłków – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do Miejsca zamieszkania, jeżeli, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga leżenia;
- 5) Pomoc pielęgniarki – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki pielęgniarskiej nad Ubezpieczonym w Miejscu zamieszkania, po zakończeniu minimum 3-dniowej Hospitalizacji;
- 6) Pomoc domowa – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej po zakończeniu minimum 3-dniowej Hospitalizacji; usługa obejmuje zrobienie zakupów, przygotowanie posiłków, pomoc w ubraniu i czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywanie drobnych porządków domowych: zmywanie naczyń, odkurzanie; usługa nie obejmuje mycia okien, przesuwania mebli;
- 7) Pomoc psychologa – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji psychologa;
- 8) Proces rehabilitacyjny – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa:
 - a) koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej, lub
 - b) koszty przejazdu fizyoterapeuty do Miejsca zamieszkania i koszty wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych;

- 9) Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, powinien korzystać ze Sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 10) Infolinia medyczna – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:
 - danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę,
 - działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - diet, zdrowego żywienia;
- 11) Infolinia PFRON – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:
 - warunków i zasad regulujących przyznawanie dofinansowania ze środków PFRON dla osoby niepełnosprawnej,
 - przysługujących odliczeń podatkowych z tytułu kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb związanych z niepełnosprawnością w ramach ulgi rehabilitacyjnej.

§5. Wyłączenia Odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Nagłe zachorowania skutkujące Hospitalizacją lub Nieszczęśliwe wypadki powstałe z tytułu i w następstwie:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współzycia społecznego;
 - 3) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania albo popełnienia wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zostało to stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - 4) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego;
 - 5) Działan wojennych, Aktów terroryzmu, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 6) zarażenia HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową;
 - 7) Chorób przewlekłych;
 - 8) Chorób psychicznych;
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 10) uprawiania Sportów ekstremalnych;
 - 11) Wyczynowego uprawiania sportu;
 - 12) Katastrof naturalnych;
 - 13) Spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaoordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniami ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.
2. COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nie jest i nie będzie zobowiązane świadczyć ochrony, nie jest i nie będzie zobowiązane do zapłaty jakiegokolwiek roszczenia, nie wypłaci ani nie zapewni jakiegokolwiek świadczenia, z jakiegokolwiek tytułu lub podstawy, w zakresie, w jakim ich zapewnienie lub dostarczenie naraziłoby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group na jakiegokolwiek sankcje, zakazy, ograniczenia lub inne konsekwencje wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej, Organizacji Narodów Zjednoczonych lub regulacjami sankcyjnymi (w tym w szczególności handlowymi, gospodarczymi lub finansowymi), embargami handlowymi lub innymi mającymi charakter sankcji ekonomicznych, wynikających z przepisów prawa Unii Europejskiej, Polski, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów, a także regulacji wydanych przez inne organizacje międzynarodowe, w zakresie w jakim ma lub będzie mieć to zastosowanie do przedmiotu umowy i przy uwzględnieniu szczególnych przepisów krajowych mających zastosowanie do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.

§6. POSTĘPOWANIE W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA SKUTKUJĄCEGO HOSPITALIZACJĄ LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest obowiązana niezwłocznie po zaistnieniu Nagłego zachorowania skutkującego Hospitalizacją lub Nieszczęśliwego wypadku, zawiadomić telefonicznie o zdarzeniu Centrum Alarmowe, podać:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres miejsca zdarzenia;
 - 3) adres Miejsca zamieszkania;
 - 4) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą wyznaczoną;
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia Centrum Alarmowego, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków zdarzenia.

§7. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOCY W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SKUTKUJĄCEGO ZGONEM UBEZPIECZONEGO (FUNERAL ASSISTANCE)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zwrot kosztów, o których mowa w ust. 3. pkt 1-2, usługi assistance świadczone na rzecz Członków rodziny w razie objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ochrony ubezpieczeniowej skutkującego zgonem Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 3 pkt 3-4 oraz zapewnienie dostępu do usług informacyjnych, o których mowa w ust. 3 pkt 5.

2. Poniższa tabela przedstawia zakres ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności.

Rodzaj usługi	Limity
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	do 4 000 PLN
Zwrot kosztów przejazdu na pogrzeb Ubezpieczonego	do 1 000 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologa	do 1 000 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów pomocy w domu:	
- Pomoc domowa,	do 1 000 PLN
- Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi	
- Opieka nad zwierzętami	
Infolinia funeralna	nielimitowany dostęp

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego – Ubezpieczyciel zwraca, na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty, poniesione przez Członka rodziny następujące koszty pogrzebu: koszty przewozu zwłok, koszty zakupu trumny, koszty zakupu urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej;
- 2) Zwrot kosztów przejazdu na pogrzeb Ubezpieczonego – Ubezpieczyciel zwraca, poniesione przez Członka rodziny koszty przejazdu uczestników do miejsca ceremonii pogrzebowej (koszty biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę, rachunku za wynajem autokaru), o ile z przedłożonych rachunków wynika, że przejazd odbył się na dystansie przekraczającym 50 km; Ubezpieczyciel zwraca koszty przejazdu na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty;
- 3) Organizację i pokrycie kosztów konsultacji psychologa – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny organizację i pokrywa koszty pomocy (konsultacji) psychologa;
- 4) Organizację i pokrycie kosztów pomocy w domu – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny zamieszkującym w Miejscu zamieszkania organizację i pokrywa koszty:
 - a) Pomocy domowej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania; świadczenie obejmuje pomoc w zakresie zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostaw/przygotowania posiłków, podlewania kwiatów,
 - b) Opieki nad niepełnoletnimi Dziećmi – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby zatrudnionej przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług,
 - c) Opieki nad zwierzętami – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby do opieki nad pozostającymi w Miejscu zamieszkania zwierzętami domowymi (pies, kot) w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny;
- 5) Infolinia funeralna – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny dostęp do informacji na temat:
 - a) procedur postępowania i wydania karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci Ubezpieczonego,
 - b) terminów zgłoszenia faktu zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego,
 - c) dokumentów niezbędnych do wydania aktu zgonu,
 - d) danych teleadresowych zakładów pogrzebowych,
 - e) dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy,
 - f) zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:
 - komu przysługuje,
 - wysokości zasiłku,
 - wymaganych dokumentów,
 - przedawnienia roszczeń o jego wypłatę,
 - g) danych teleadresowych kwiaciarni,
 - h) zasad savoir vivre dotyczących uroczystości pogrzebowych:
 - kogo i w jaki sposób powiadamiać o śmierci,
 - jak należy postąpić, gdy nie można uczestniczyć w uroczystościach pogrzebowych,
 - właściwej postawy i stroju,
 - kwiatów właściwych na okoliczność pogrzebu,
 - kogo zaprosić na stypę,
 - czasu trwania żałoby.

§8. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU POMOCY W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SKUTKUJĄCEGO ZGONEM UBEZPIECZONEGO (FUNERAL ASSISTANCE)

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Nieszczęśliwe wypadki skutkujące zgonem, powstałe wskutek:
 - 1) Działających wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 2) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 4) popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - 5) umyślnego samookaleczenia, popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - 6) udziału Ubezpieczonego w Bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - 9) Wyczynowego uprawiania sportu;
 - 10) uprawiania Sportów ekstremalnych;

11) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych linii nieposiadających stosownych licencji na przewóz pasażerów.

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji usług, gdy ich udzielenie zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) działania Siły wyższej lub Katastrof naturalnych;
 - 2) strajków, niepokoju społecznego, Aktów terrorizmu, Działających wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§9. POSTĘPOWANIE W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SKUTKUJĄCEGO ZGONEM UBEZPIECZONEGO

1. W razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem Ubezpieczonego, osoba zgłaszająca zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu 22 295 82 01 i podać następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia),
 - 2) telefon kontaktowy,
 - 3) rodzaj wymaganej pomocy,
 - 4) datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą.
2. Osoba zgłaszająca zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania: odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego, rachunki i dowody zapłaty kosztów pogrzebu, rachunki i dowody zapłaty kosztów przejazdu na pogrzeb.
3. Jeżeli Osoba zgłaszająca z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła któregośkolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-2, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

§10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia pieniężne w złotych polskich (PLN) w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.

§11. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego oraz umożliwić Centrum Alarmowemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
2. Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia: Miejsce zamieszkania, adres do korespondencji, imię i nazwisko, numer PESEL.

§12. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZycIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany wykonywać usługi assistance z należytą starannością.
2. Obowiązki Ubezpieczyciela wynikające z Umowy ubezpieczenia będą wykonywane przez niego osobiście lub przez podmioty przez niego wskazane. Ubezpieczyciel ponosi pełną odpowiedzialność za działania lub zaniechania osób i podmiotów, którym powierzył wykonanie na rzecz Ubezpieczonego poszczególnych czynności.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie usług Assistance w przypadku działania Siły wyższej.
4. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu i uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, na ich żądanie, informacji o ich prawach i obowiązkach wynikających z Umowy ubezpieczenia.

§13. REGRES

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, przekazując informacje i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Prawo do wniesienia reklamacji przysługuje:
 - 1) będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu, uprawnionemu z umowy oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z umowy,
 - 2) będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej.

3. Reklamację można złożyć w każdej jednostce COMPENSY obsługującej klientów.
4. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 3, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366 i 820), albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (rekomendowany przez COMPENSE jest formularz znajdujący się na stronie www.compensa.pl oraz adres elektroniczny reklamacje@compensa.pl) albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 i 1841), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
 - 2) ustnie – telefonicznie (rekomendowany przez COMPENSE nr telefonu 22 501 61 00) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w ust. 3.
5. Po złożeniu przez klienta reklamacji zgodnie z wymogami, o których mowa w ust. 4, COMPENSA rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 1), odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
7. COMPENSA udziela klientowi odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli COMPENSA z uzasadnionej przyczyny nie może udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości jego dotrzymania, możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi (nowy termin nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji).
8. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz uprawniony z umowy, będący osobą fizyczną, mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, zwłaszcza w przypadku nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji, niewykonania w terminie czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z oczekiwaniami klienta.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy, będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA można poddać pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej: <https://rf.gov.pl>).
10. Podmioty nieposiadające prawa do złożenia reklamacji mogą złożyć skargę dotyczącą usług świadczonych przez COMPENSE. Do skargi stosuje się ww. postanowienia dotyczące reklamacji.
11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
12. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
14. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych

Administrator danych osobowych: Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail kontakt@viennalife.pl, telefonicznie pod numerem 22 460 22 22 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iodo@viennalife.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnne uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie

przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.



Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu: W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie

niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.



VIENNA INSURANCE GROUP

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 311 843 763 zł – opłacony w całości

Tel: 22 460 22 22

16.02.2026